N° 1 Première Année. Juin 1891

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France. . . . . 10 fr. par an.
Étranger . . . . 12 fr. —

PARIS

E. LECROSNIER ET BABÉ

LIBRAIRES - ÉDITEURS

3, Place de l'École-de-Médecine, 3

N° 1 Première Année. Juin 1891

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France.	**10** fr. par an.
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

E. LECROSNIER ET BABÉ

LIBRAIRES-ÉDITEURS

3, Place de l'École-de-Médecine, 3

MEMBRES FONDATEURS :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Boucheron.
4. Cartaz.
5. Chatellier.
6. Duplay.
7. Fauvel.
8. Garrigou-Desarénes.
9. Gellé.
10. Gille.
11. Gouguenheim.
12. Hermet.
13. Ladreit de Lacharrière.
14. Lévi.
15. Lubet-Barbon.
16. Luc.
17. Marage.
18. Martin.
19. Ménière.
20. Miot.
21. Moura-Bourouillou.
22. Potiquet.
23. Proust.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

COMPOSITION DU BUREAU :

Président :	MM. Gellé.
Vice-Président :	Cartaz.
Secrétaire général :	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel :	Marage.
Trésorier :	Ménière.

Ce bulletin a paru jusqu'en janvier-février 1895 – de 1895 à 1903 les comptes-rendus et mémoires de la Société ont paru dans les "Archives internationales de laryngologie" de [illegible] et Ruault – après 1903 il est publié un bulletin annuel par la Société.

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 5 Juin 1891.

PRÉSIDENCE DE M. GELLÉ.

La Société déclare accepter M. Lœwemberg comme membre titulaire. M. le Président est chargé de faire part directement à M. Lœwemberg de la décision de la Société.

MM. Gellé et Gouguenheim présentent les candidatures de membres titulaires de MM. Marty, Cuvillier, Désiré Mounier, Jouslain.

MM. Lichtwitz, de Bordeaux, Suarez de Mendoza, d'Angers et Bomfim, de Lisbonne, posent leur candidature comme membres correspondants.

Une commission composée de MM. Gouguenheim, Ruault et Saint-Hilaire est chargée d'examiner ces candidatures.

Erythème eczémateux à la suite des pansements au salol.

Par le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux.

On sait avec quelle facilité le salol est toléré par la muqueuse digestive lorsqu'on l'administre comme antiseptique intestinal. Même à doses élevées (4 à 6 gr. par jour) ce médicament n'a jamais, que je sache, déterminé d'inconvénients et provoqué d'exanthèmes particuliers.

Il n'en est pas de même quand il est employé en pansements sur une surface muqueuse, soit à l'état pur, soit en suspension dans un liquide huileux ou incorporé à l'état de pommade. Dans ces conditions, on peut observer des éruptions de voisinage, véritables poussées eczémateuses qui pourraient préoccuper à bon droit le malade et même le médecin qui ne serait pas prévenu de l'emploi de cet agent. M. Morel Lavallée a communiqué récemment à la Société de dermatologie un cas d'angine œdémateuse consécutive à l'emploi du salol en pansements pour une otite suppurée.

Les faits que j'ai observés sont d'un autre ordre ; il s'agit de pansements dans les cavités nasales à la suite d'opérations portant sur la muqueuse.

M. X., arthritique et ayant eu de fréquentes poussées d'eczéma, vient me consulter pour une pharyngite chronique dont les symptômes sont devenus, depuis deux ou trois ans, beaucoup plus accusés. Grand fumeur autrefois, il s'est mis à priser et use facilement une demi tabatière par jour.

A l'examen, je constate en effet une pharyngite chronique entretenue par une obstruction nasale dont le malade ne souffrait pas jadis. L'obstruction peu prononcée dans la fosse nasale gauche est presque complète du côté droit; elle est causée par l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur, hypertrophie dure, fibroïde. La rétraction est presque nulle sous l'influence du badigeonnage à la cocaïne. Je passe sur les détails.

J'enlevai la partie saillante à l'anse galvano caustique, après avoir fait une pulvérisation à la solution de sublimé au 2/1000, et je pansai la plaie avec le salol en insufflation et des tampons d'ouate salolée. Je recommandai au malade de faire deux fois par jour une insufflation de salol.

Le troisième jour, je suis mandé auprès de lui, il craint d'avoir un érysipèle. Il avait sur une petite excoriation du haut de la lèvre appliqué de la vaseline, mais depuis vingt-quatre heures, il éprouvait de la démangeaison, le nez avait gonflé, était devenu un peu sensible. Je ne constatai aucun signe d'érysipèle, mais il existait un érythème léger avec saillies vésiculeuses, et je pensai que l'opération avait donné lieu à une poussée d'eczéma. L'éruption en avait donné tous les caractères, le malade n'avait pas de fièvre et ne se plaignait que du prurit intense. L'application de cataplasmes de fécule, des lotions amidonnées calmèrent un peu la démangeaison; mais le surlendemain les lésions étaient encore plus étendues.

Le malade avait continué régulièrement ses insufflations de salol. Pensant alors à cette cause, je supprimai tout pansement nasal, et en moins de quarante-huit heures, la poussée d'eczéma se calmait, et cédait au traitement habituel.

Dans un second cas, chez un sujet arthritique d'une quarantaine d'années, je vis survenir au second jour des pansements au salol (en insufflation) à la suite de cautérisations de la muqueuse du cornet inférieur, une éruption pseudo-eczémateuse sur l'aile du nez, la lèvre supérieure.

Le malade n'avait jamais eu d'eczéma, mais dans son enfance et jusqu'à l'âge de 30 ans, il avait été traité pour une éruption acnéique fort rebelle du front et du thorax.

La suppression du salol, une pommade à l'oxyde de zinc, amenèrent très rapidement la disparition de cette éruption, je remplaçai le salol par l'acide borique uni au salicylate de bismuth.

Huit jours plus tard, le malade, se trouvant à la campagne et n'ayant pas à sa disposition ce dernier mélange, recourut de nouveau au salol. Deux jours plus tard, réapparition de

l'eczéma du nez et des lèvres qui disparut à nouveau en changeant le pansement. Je dois dire que dans ce cas le malade n'avait fait usage d'aucun corps gras, ni pommade, ni vaseline.

Il n'en est pas de même chez le troisième malade, une dame de 45 ans, ayant de la rhinite avec exulcérations de l'entrée des fosses nasales. Je fis faire un pansement avec la vaseline salolée au dixième. L'éruption fut ici des plus intenses et s'étendit comme chez mon premier malade à une partie de la face. L'entourage, fort effrayé, craignait un érysipèle. L'éruption n'en avait aucun caractère. La substitution au salol de la poudre d'aristol, quelques cataplasmes de fécule et de la poudre d'amidon sur la joue et la face arrêtèrent bien vite cette efflorescence. Cette malade a eu de l'eczéma du cou et des membres supérieurs et a fait il y a six ans une cure à la Bourboule.

Ces trois faits, les seuls que j'aie observés sur un assez bon nombre de malades pansés avec le salol, montrent que, dans certains cas, cet agent peut déterminer une irritation violente. Si l'on se rappelle que le salol est un composé de phénol et d'acide salicylique et qu'au contact des corps gras il se dédouble assez facilement, on aura vite l'explication de ces exanthèmes. La sécrétion sébacée de la peau, *a fortiori* l'emploi simultané d'un corps gras (huile, pommade), peuvent entraîner le dédoublement du sel en ses deux composants. Il semble cependant étrange que cette altération ne se produise pas d'une façon plus fréquente; aussi je croirais volontiers devoir faire intervenir un certain degré d'intolérance médicamenteuse chez ces malades et surtout leur état diathésique particulier. Tous les trois étaient des arthritiques, deux avaient eu de l'eczéma, l'autre un acné rebelle. Cet état particulier a dû certainement favoriser chez eux l'apparition de l'exanthème. Aussi, sans condamner d'une façon formelle l'emploi du salol comme pansement antiseptique de la cavité nasale, j'appelle l'attention sur la sensibilité spéciale que présentent à cet agent les sujets atteints de dermatoses et je crois sage de

remplacer chez eux le salol par un des nombreux agents similaires que nous fournit la thérapeutique.

M. Lubet-Barbon. — J'ai observé deux fois les mêmes phénomènes : d'abord chez un malade atteint d'une affection du nez ; une autre fois chez une personne traitée pour une affection de l'oreille externe ; dans les deux cas on avait fait usage de pommade au salol.

M. Hermet. — Le salol n'a pas toujours l'action qu'on vient d'indiquer. Il faut invoquer des susceptibilités spéciales de certains malades ; et ce n'est pas seulement le salol qui a de semblables inconvénients, beaucoup d'autres médicaments sont dans le même cas.

M. Ruault. — Je me suis servi pendant deux ans, pour le traitement de l'ozène, d'huile de vaseline avec très peu de salol et, plusieurs fois, j'ai constaté des érythèmes. Il y a quinze jours, après un curettage d'un pharynx nasal, j'ai insufflé du salol en poudre ; il est survenu une éruption formidable avec œdème des paupières, fièvre, etc., tous les symptômes d'un érysipèle. Aussitôt que l'usage du salol a été interrompu, tout a disparu.

M. Boucheron. — Je crois qu'il doit y avoir dans le nez une sensibilité spéciale, car ce médicament administré à l'intérieur n'a jamais produit aucun symptôme analogue à ceux qu'on vient d'indiquer.

M. Gouguenheim. — J'ai souvent prescrit le salol à l'intérieur contre les angines aiguës sans constater le moindre accident. J'ai souvent employé des pansements salolés sur des plaies récentes et des ulcères, sans voir le moindre accident.

Perforation étendue du cartilage de la cloison du nez dans la fièvre typhoïde.

Par le Dr Gellé.

Andral a montré que les affections ulcéreuses sont plus fréquentes dans les fièvres typhoïdes que dans toutes les autres maladies infectieuses (*Dict. méd. et chir.*, art. f. typhoïde).

C'est au déclin de la fièvre que l'on observe ces tendances à la suppuration et à la destruction des tissus, dont le décubitus est une des principales manifestations.

C'est le résultat de plusieurs conditions réunies, l'atrophie des tissus, et l'amaigrissement général, les lésions des vaisseaux, les troubles de l'innervation périphérique et centrale, l'altération du sang et la faiblesse cardiaque.

Trousseau compare ces lésions, ces destructions à celles qui se produisent chez les animaux inanitiés; et de fait, dans notre cas, c'est bien évidemment l'une des causes de la gravité de la fièvre et des complications observées à la suite.

Mais il faut y voir l'influence majeure des éléments septiques et infectieux qui consomment la décomposition du sang et causent la gêne de la circulation capillaire, et la production des infarctus, et des embolies septiques multiples.

C'est ainsi que la nutrition générale est partout altérée; que l'on voit la moindre écorchure, ou plaie cutanée, les piqûres de sangsues, les clous, les plaies de vésicatoires, s'ulcérer et se gangrener, l'ulcération prendre quelquefois une marche envahissante, une véritable allure phogédénique, grâce à l'état de déchéance générale de l'organisme et des forces.

On sait de plus aujourd'hui que l'état septique se greffe sur l'infection primitive, et qu'aux éléments microbiologiques de la première période s'ajoutent ou succèdent des microorganismes nouveau-venus pathogènes aussi, agents de la suppuration, qui achèvent de détruire les tissus inanitiés, amaigris.

Parmi ces mortifications observées dans les fièvres graves, sans rappeler celle du décubitus, je citerai l'ulcération du larynx, la nécrose du cricoïde, les gangrènes du pharynx, chez

les enfants surtout, celle du pavillon de l'oreille, de la cornée, et celle des amygdales (Ruault). En général, ces lésions sont observées vers la troisième semaine de la maladie et dans la convalescence des fièvres graves.

La localisation s'explique tantôt par le décubitus, soit par le frottement, soit par des attouchements répétés sur le même point des surfaces tégumentaires. Souvent le terrain a été préparé déjà soit par la poussée hémorrhagique (épistaxis pour les lésions nasales) soit par du prurit suivi de grattages, à répétitions très fréquentes et d'une fixité insolite, que les coups d'ongle du sujet ont entretenus ou fait reparaître. Il y a donc des causes occasionnelles de ces manifestations infectieuses, locales.

Est-ce à la suite des thromboses ou des embolies septiques que se produisent les hémorrhagies, les subœdèmes, les ulcérations, etc. ? ou n'y a-t-il là qu'un accident de la dénutrition générale, du défaut de résistance organique en présence d'une irritation locale continue? la clinique montre ces diverses conditions réunies ou isolées. Quelquefois les commémoratifs constatent une habitude morbide locale, aussi la fréquence des épitaxis, des clous ?

Dans le cas que je présente les phénomènes évoluèrent très nettement dès le début de l'affection générale, et l'on ne saurait admettre l'influence de thromboses ou d'embolies. L'épistaxis a été répétée et persistante avant, pendant la fièvre, tandis que l'ulcération fut un phénomène tardif ; de plus, ici, l'irritation locale fut évidente, le malade écorchait sa narine à coups d'ongle à chaque instant et mouillait ses mouchoirs de sang.

Je donne cette observation très succinctement résumée, bien qu'elle offre plus d'un intérêt ; en effet, après une fièvre muqueuse de 21 jours, et un semblant de convalescence de 8 à 10 jours pendant laquelle on constata la perforation, il y eût une reprise de fièvre, avec une température élevée, avec rémittences et amaigrissement extrême et rapide, colliquation : puis abcès dans la fosse iliaque et le psoas consécutif, ouvert par le Dr Legroux.

Cette énorme collection de pus, produit de l'infection secon-

daire, à quoi peut-on en rapporter l'origine, sinon à l'ulcération nasale primaire, porte d'entrée des agents pathogènes de la suppuration? C'est là le véritable point de départ de l'infection qu'on avait appelée une récidive tout d'abord. Aujourd'hui le sujet est guéri de ces redoutables complications et garde sa perforation de la cloison nasale : mais celle-ci n'a plus ses bords pellucides et minces comme une baudruche; ses bords sont solides, épais et arrondis : le nez n'a subi aucune déformation comme c'est l'ordinaire en pareil cas.

Observation (résumée). — X..., garçon, 16 ans à peine, élève chez les Pères Maristes, accomplit une croissance rapide : puis son appétit se perd; inaptitude au travail, insomnie, excitation, fièvre, épistaxis, diarrhée légère; courbe de température caractéristique; au 8e jour, subdélire, vomissements faciles, peu de ballonnement, douleur de la fosse iliaque taches rosées, langue sèche.

Nous sommes en été : je prescris des bains entiers, chaque jour, à 25, à 28°, qui donnent du calme et du sommeil, et quelques prises de sulfate de quinine. Le malade est très difficile à alimenter; il se lasse de tout rapidement et s'amaigrit assez pour que je fasse prendre quelques lavements nutritifs dans la deuxième semaine.

Le 21e jour, semi-convalescence.

Le 30e jour, douleur vive dans les reins et la hanche, fièvre le soir, inappétence, sueurs profuses, amaigrissement squelettique sans diarrhée, ventre en bateau, escharre au sacrum; accès irréguliers de fièvre avec ascension élevée du thermomètre; enfin je constate l'existence d'une vaste collection fluctuante formant saillie sur le côté droit du ventre, dans la fosse iliaque et au pli de l'aine.

Le Dr Legroux fait la ponction et le lavage antiseptique consécutif de la vaste poche : il sort presque 2 litres de pus peu odorant, sans gaz.

En 15 jours, avec les lavages répétés antiseptiques faits deux fois le jour, à travers la sonde à demeure dans la gaîne du psoas, l'état général se relève, la suppuration se modifie,

puis se tarit peu à peu. Un mois après le sujet, squélettique encore, se rétablit à la campagne; sa fistule est guérie.

C'est dans l'intervalle de mieux, entre les deux périodes fébriles, que l'on s'aperçoit de l'existence d'une vaste perforation de la cloison; au moment des lavages antiseptiques (eau boriquée) qu'on faisait chaque jour dans la narine droite, côté que le malade grattait continuellement, et d'où sortait uniquement le sang. Cette épistaxis presque continuellement observée depuis le début de la maladie.

M. Ruault. — Bien que rares, ces faits ont été observés quelquefois; il en existe plusieurs cas dans la science; moi-même j'ai cité un cas analogue.

M. Gouguenheim. — J'ai rencontré quelquefois des accidents de cette nature, après ou sans épistaxis préalable. Ces perforations, qui siègent toujours à la partie antérieure de la cloison, ne doivent pas être prises comme on l'a fait souvent jusqu'ici pour des accidents syphilitiques. Elles surviennent à la suite de rhinites chroniques chez des sujets dont la cloison est très mince.

M. Hermet. — Il m'a été donné d'observer un assez grand nombre de lépreux à l'hôpital Saint-Louis, et j'ai constaté chez eux, constamment, des perforations de la cloison.

Un cas de surdité consécutive aux oreillons.

Par le Dr Gellé.

J'ai récemment publié une étude sur la lésion dans la surdité par les oreillons et conclu que dans les faits simples on trouve que c'est au labyrinthe que siège l'altération ourlienne cause de la perte de l'ouïe. (Archiv. international. d'otolo. et de laryng., avril 1891.)

Voici un nouveau fait à l'appui dont l'étiologie est bien rapportée à l'affection ourlienne, dont la gravité est aussi typique. De plus le diagnostic bien fouillé a permis de localiser le siège

de la cause dans le labyrinthe également, l'intégrité de l'appareil de transmission étant manifeste. Ainsi, lésion résistant aux traitements et siégeant dans le nerf même de l'audition; perte rapide de l'ouïe, tels sont les caractères de l'affection dans ce nouveau cas; ajoutons que la surdité est unilatérale, l'autre oreille entend fort heureusement d'une façon parfaite.

Obs. (91, 42 *bis*). — La demoiselle B..., âgée de 10 ans, est sourde totalement de l'oreille gauche depuis mars dernier, mais on s'était aperçu qu'elle faisait quelque peu répéter à la suite d'une violente influenza qu'elle a eue en janvier 1890. Les oreillons ne sont venus qu'en mars, et depuis l'oreille gauche est perdue. C'est une fillette pâle, plus mignonne que son âge, et très intelligente. Elle est herpétique, et très sujette aux rhumes et aux maux de gorge. Elle a actuellement bon estomac et bon appétit; mais l'automne précédent, c'est-à-dire avant le début des lésions otiques, elle a souffert pendant deux mois d'une diarrhée très tenace. Après cette crise d'oreillons et la surdité venue on lui fit faire une saison à Kreusnack, et là, on la soumit aux insufflations d'air avec la poire de Politzer, sans succès. Il n'y a jamais eu aucune douleur d'aucune espèce ni avant, ni depuis. Quand on clôt l'oreille droite, l'enfant ne perçoit plus rien.

La montre est entendue à 65 centimètres à droite, et la perception crânienne est complète sur le front et l'apophyse mastoïde à droite. Rien de tel à gauche : zéro partout. Le diapason vertex est senti droit exclusivement et n'est pas mobilisé par l'occlusion du méat auditif gauche.

Le diapason ut^2, est perçu facilement à droite; à peine et très passagèrement, en pleine force vive à gauche. Les pressions donnent des résultats très intéressants au point du diagnostic du siège de la lésion. Les pressions, en effet, sont positives à droite et à gauche, et les réflexes intacts; on agit sur l'audition par l'oreille droite (bonne oreille) en exerçant une pression sur le tympan gauche (côté sourd). Cette épreuve répétée plusieurs fois à longs intervalles a toujours donné les mêmes résultats.

Les tympans pellucides, translucides sont très rétractés,

tous deux, mais le gauche davantage ; le Politzer passe facilement des deux côtés; le nez est libre, les narines larges, la respiration nasale facile, la gorge étroite, voile très bas, fond normal.

La petite malade est mise à l'usage du sirop iodo-tannique ; soumise aux douches d'air de Politzer tous les deux jours. Rapidement la droite donne une audition de la montre à 1 mètre 25 centimètres, mais la gauche reste toujours insensible au traitement par l'air : ni voix, ni diapason ne sont perçus de ce côté. L'aération s'y fait aussi facilement sans changement dans l'état de l'ouïe.

Une surdité unilatérale aussi complète, avec des lésions presque insignifiantes de l'appareil de transmission, doit conduire au diagnostic de surdité nerveuse.

De quelle nature est cette lésion causale? Comment s'explique la gravité et la rapidité si remarquable de la perte de fonction?

Depuis sa diarrhée tenace de l'automne, cette enfant offrait des signes d'affaiblissement, et lorsqu'on la vit un an après, elle avait l'aspect cachectique d'une tuberculose avancée : or il n'y a rien de tel en ce moment; puis l'influenza est venue, qui l'a frappée d'une façon sérieuse, puisque les parents annoncent qu'elle a fait répéter déjà quelquefois à cette époque. Mais il n'y a eu ni douleur, ni rien qui attirât l'attention du côté des oreilles, spécialement au cours de cette influenza du mois de janvier. Puis les oreillons apparaissent en mars, doubles, rapides, simples dans leur marche, insignifiants presque; et l'enfant guérie, reste sourde à gauche, comme nous la trouvons encore aujourd'hui; car rien n'est changé depuis, bien que le relèvement de forces soit évident pour la famille.

L'action des oreillons, si puissante, si nocive, si rapide, a quelque chose qui déconcerte le clinicien même si l'on admet (chose possible ici) que, sous l'influence de l'état cachectique annoncé au début, un processus atrophique du nerf acoustique a bien pu prendre naissance ; l'influenza a du accroître le dommage et les oreillons ont achevé la destruction, d'une façon foudroyante et irréparable.

L'enfant a été soumise un temps suffisant à la médication strychnée, qui l'a tonifiée et relevée sans rien améliorer dans l'audition. Je la soumets en ce moment, à intervalles très espacés, à l'action de la pilocarpine, mal supportée, et qui l'hyposténise chaque fois et ne paraît rien modifier. Nous allons tenter la médication par les courants continus.

Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.

Par le Dr Et. Saint-Hilaire, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine.

Dans un travail paru récemment (1), M. Coupard et moi avons signalé les effets thérapeutiques obtenus à l'aide de l'antipyrine employée localement dans certaines affections de la gorge et du larynx. Grâce à son emploi, nous avons vu disparaître rapidement les symptômes reconnaissant pour cause une exagération de la sensibilité du pharynx et du larynx (quintes de toux, picotements, sensations d'arête de poisson, douleurs vives accompagnant des ulcérations tuberculeuses du larynx, etc., etc.). Ces faits nous avaient conduits à penser que l'antipyrine est un anesthésique local; mais la démonstration n'en a pas été faite.

Permettez-moi de vous montrer une petite expérience qui met bien en évidence ces propriétés anesthésiques de l'antipyrine. Je vais instiller dans l'œil de ce lapin quelques gouttes d'une solution concentrée d'antipyrine (4 gr. d'antipyrine pour 10 gr. d'eau). Cette instillation paraît amener une douleur assez vive qui va disparaître rapidement. Chez l'homme, le même fait se produit; les applications de solutions d'antipyrine produisent une douleur très vive mais qui disparaît au bout de quelques secondes. Dans une minute, nous allons pouvoir toucher la cornée et la conjonctive avec une pointe

1. Revue de Laryngol., d'Otol. et de Rhinol., n° 22, 1890.

fine; nous pourrons même la brûler avec une aiguille rougie sans provoquer le réflexe de l'occlusion des paupières, ce qui démontre, sans aucun doute, l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive.

A la suite d'expériences nombreuses que j'ai faites dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'anesthésie produite par l'antipyrine est complète; elle porte sur la sensibilité au toucher, la sensibilité au chaud et la sensibilité au froid ; cette dernière revient la première;

2° La durée de l'anesthésie est le plus souvent de 1 h. à 2 h.;

3° Pour que cet effet anesthésique soit produit, il faut que le titre ne soit pas inférieur à 30 p. 100. Avec une solution à 25 p. 100, l'anesthésie est bien moins marquée. Avec une solution à 10 ou 20 p. 100 je n'ai observé aucun effet anesthésique.

Cette action de l'antipyrine avait déjà été constatée par MM. G. Sée, Gley et Caravias (1), qui avaient vu une diminution de la sensibilité dans les parties du corps où l'on faisait des injections sous-cutanées d'antipyrine. Mais ils n'ont pas démontré ce fait expérimentalement.

Je pense que ces propriétés de l'antipyrine peuvent être utilisées dans le traitement de certaines affections douloureuses et réflexes de la gorge et du larynx. L'antipyrine sera surtout indiquée dans les cas où l'on veut obtenir une analgésie prolongée, dans les cas d'ulcérations tuberculeuses par exemple, où l'on peut faire disparaître complètement la douleur en faisant des badigeonnages deux ou trois fois par jour ; de même dans toutes les affections où l'élément réflexe ou l'élément douleur prédominent. Comme il s'agit d'un médicament très peu dangereux, on peut laisser la solution entre les mains du malade, qui badigeonne lui-même son larynx aussitôt que la douleur reparaît. En outre l'antipyrine, ainsi que l'a montré M. Germain Sée, a un pouvoir antiseptique puissant qui peut aussi être très utile dans certains cas particuliers.

1. Thèse de Caravias, Paris 1887.

La formule que j'emploie est la suivante :

Antipyrine. . . . . 4 grammes.
Eau distillée. . . . . . . 10 —

Si l'on veut empêcher la douleur passagère qui succède immédiatement à l'application, on peut ajouter une petite quantité de chlorhydrate de cocaïne (0,15 à 0,25 centigr.).

Dans le cas où l'on veut obtenir une anesthésie rapide et peu durable, pour pratiquer des opérations ou des cautérisations par exemple, il est préférable d'employer la cocaïne, dont l'action est beaucoup plus rapide, plus complète et disparaît aussitôt qu'on n'en a plus besoin. Mais l'antipyrine lui sera toujours supérieure dans les cas où l'on voudra obtenir une analgésie prolongée.

M. Gouguenheim. — La cocaïne est un anesthésique bien plus sûr que l'antipyrine, n'ayant pas les inconvénients d'irritation de cette dernière, et il me semble que si la présentation de M. Saint-Hilaire a un intérêt physiologique, elle n'a aucun avantage pratique.

M. Saint-Hilaire. — Pour nier ainsi tout avantage pratique à l'antipyrine, M. Gouguenheim l'a-t-il expérimentée sur l'homme ?

M. Gouguenheim. — Non, mais la cocaïne suffit à tous les usages.

Corps étranger du larynx.

M. le Dr Gouguenheim présente une pièce dentaire qu'il a extraite du larynx d'une femme de 39 ans, au moyen d'une pince de Fauvel, huit jours après avoir pratiqué la trachéotomie. L'accident était arrivé 15 jours avant l'entrée à l'hôpital, dans le cours d'une attaque d'épilepsie. L'extraction fut facile, le corps étranger reconnu au laryngoscope obstruait presque complètement la cavité laryngienne, la malade était aphone et avait un tirage des plus prononcés.

PARIS.— IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71